FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1906-1907 — N° 103.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE CLINIQUE

DE

LA COQUELUCHE

DES NOURRISSONS

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 10 avril 1907

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Antoine BREVET

Né à Salornay-sur-Guye (Saône-et-Loire),
le 20 septembre 1880.

LYON

IMPRIMERIES RÉUNIES

ANCIENNES MAISONS

DELAROCHE ET SCHNEIDER

8, RUE RACHAIS, 8

BUREAUX { 85, rue de la République.
9, quai de l'Hôpital.

1907

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE CLINIQUE

DE

LA COQUELUCHE

DES NOURRISSONS

Digitized by the Internet Archive
in 2025

https://archive.org/details/lacoqueluche0000anto

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1906-1907 — N° 103.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE CLINIQUE

DE

LA COQUELUCHE

DES NOURRISSONS

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 10 avril 1907

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Antoine BREVET

Né à Salornay-sur-Guye (Saône-et-Loire),
le 20 septembre 1880.

LYON
IMPRIMERIES RÉUNIES
ANCIENNES MAISONS
DELAROCHE ET SCHNEIDER
8, RUE RACHAIS, 8
BUREAUX { 85, rue de la République.
9, quai de l'Hôpital.

1907

PERSONNEL DE LA FACULTE

MM. HUGOUNENQ . . . . . Doyen.
COURMONT (J.) . . . . . Assesseur.

DOYEN HONORAIRE

M. LORTET.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CHAUVEAU, AUGAGNEUR, MONOYER.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. LÉPINE. BONDET. BARD.
Cliniques chirurgicales	PONCET. JABOULAY.
Clinique obstétricale et Accouchements	FABRE.
Clinique ophtalmologique	ROLLET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	NICOLAS.
Clinique des maladies mentales	PIERRET.
Clinique des maladies des enfants	WEILL.
Clinique des maladies des femmes	POLLOSSON (A.).
Physique médicale	X....
Chimie médicale et pharmaceutique	HUGOUNENQ.
Chimie organique et Toxicologie	CAZENEUVE.
Matière médicale et Botanique	BEAUVISAGE.
Parasitologie	GUIART.
Anatomie	TESTUT.
Anatomie générale et Histologie	RENAUT.
Physiologie	MORAT.
Pathologie interne	TEISSIER.
Pathologie et Thérapeutique générales	MAYET.
Anatomie pathologique	TRIPIER.
Médecine opératoire	POLLOSSON (M.).
Médecine expérimentale et comparée	ARLOING.
Médecine légale	LACASSAGNE.
Hygiène	COURMONT (J.).
Thérapeutique	SOULIER.
Pharmacologie	FLORENCE.

PROFESSEUR ADJOINT

Physiologie, cours complémentaire . . . . . M. DOYON.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Pathologie externe	MM. VALLAS,	agrégé.
Maladies des voies urinaires	ROCHET,	—
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LANNOIS,	—
Propédeutique médicale	ROQUE,	—
Propédeutique chirurgicale	BERARD,	—
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN,	—
Anatomie pathologique	DEVIC,	—
Hygiène administrative	ROUX,	—
Thérapeutique générale	COLLET,	—
Accouchements	COMMANDEUR,	—
Matière médicale	MOREAU,	—
Embryologie	REGAUD,	—
Anatomie topographique	ANCEL,	—

AGRÉGÉS

MM. ROUX.	MM. SAMBUC.	MM. REGAUD.	MM. MOREL.
BARRAL.	BORDIER.	CAUSSE.	NEVEU-LEMAIRE.
PIC.	COURMONT (P.)	ANCEL.	PATEL.
PAVIOT	CHATIN.	COMMANDEUR.	J. LEPINE, Ch..
NOVE-JOSSERAND.	VILLARD.	GAYET	PLAUCHU, Ch..
BERARD.	TIXIER.		

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. WEILL, *Président ;* COURMONT (P.), *Assesseur ;*
MM. CHATIN et GAYET, *Agrégés.*

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MES AMIS

A mon Président de Thèse

M. le Professeur WEILL

INTRODUCTION

Le sujet de cette thèse nous a été donné par M. le professeur Weill, qui non seulement nous en a donné la première idée, mais encore nous a ouvert largement sa collection d'observations des maladies de l'enfance, dans laquelle nous avons puisé tous les matériaux nécessaires à l'établissement de ce travail.

Il a bien voulu de plus nous faire l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse : aussi tenons-nous à le remercier en tête de ces pages.

Nous nous proposons de faire dans ce travail une étude clinique de la coqueluche chez le nourrisson.

Aussi laisserons-nous complètement de côté l'étiologie et la pathogénie de la coqueluche et toutes les questions qui s'y rattachent, telles que les notions de contagiosité et d'incubation.

Ce sont là des questions qui sont d'ordre général et qui ne diffèrent nullement suivant l'âge des malades en observation ; elles ne rentrent point dans notre sujet qui étudie un cas tout à fait particulier.

En effet, partant de ce principe que le nourrisson a une physiologie spéciale et une façon à lui de réagir aux phénomènes morbides, tellement que chaque affection prend chez lui un caractère particulier ; ce

sont ces réactions spéciales provoquées par la coqueluche dans l'organisme du nourrisson que nous nous proposons d'étudier.

Pour cela nous ferons une étude analytique des symptômes observés dans la coqueluche du nourrisson, donnant pour chaque symptôme, pour chaque complication, les particularités rencontrées dans chacun des cas dont nous avons rapporté l'histoire.

Cette étude analytique faite, nous publierons les observations qui ont servi de base.

Nous ferons ainsi une étude purement clinique, établie uniquement sur l'examen des faits et sans prétention autre que l'analyse détaillée et précise des phénomènes observés.

Nous ne voulons point terminer cette introduction sans remercier M. le docteur Dauvergne, chef de clinique des maladies infantiles, pour les conseils qu'il a bien voulu nous donner et la bienveillance qu'il n'a cessé de montrer à notre égard.

Nous remercions également notre ami le docteur Gabriel Chèze, interne des hôpitaux, pour la collaboration qu'il a bien voulu nous prêter dans la rédaction de ce travail.

CHAPITRE PREMIER

SYMPTOMES ET ÉVOLUTION

Période de début.

La première période de la coqueluche, période dite catarrhale ou de bronchite simple, se rencontre chez le nourrisson comme chez l'enfant plus âgé. Cependant, elle revêt, chez le premier, une forme spéciale qni mérite d'attirer tout d'abord l'attention. Le premier caractère de la période catarrhale est sa brièveté. Cette première période dure peu chez les nourrissons ; elle est même si courte que, dans nombre de cas, elle passe inaperçue, l'attention des parents n'étant attirée que lorsque le nourrisson a des quintes typiques. Dans nos observations, nous trouvons signalée cette bronchite du début dans 9 cas sur 28.

Elle est de quatre jours (obs. VIII), de six jours (obs. XX), de huit jours (obs. XVII), de neuf jours (obs. XXVII), de quinze jours (obs. XV), ce qui fait, pour les cinq cas, une longueur moyenne de huit jours.

Dans trois autres cas, on a eu à observer des bronchites du début beaucoup plus longues : un mois et demi (obs. II), deux mois (obs. VII et obs. XIV). Mais,

dans ces cas-là, il ne paraît pas que l'on ait eu affaire à de véritables bronchites de début, mais plutôt à des bronchites anciennes sur lesquelles une coqueluche serait venue se greffer.

Dans les vingt autres cas, rien de semblable n'a été observé; la bronchite a complètement passé inaperçue; les quintes, seulement, ont été remarquées par l'entourage des enfants. Ce fait peut tenir à deux causes : ou bien, dans ces cas, la bronchite a été de très courte durée, ou bien les malades ont été mal observés. Ces deux alternatives peuvent se trouver souvent réunies, mais quelle qu'ait été l'indifférence des parents, la période catarrhale n'aurait pu passer inaperçue si la bronchite avait existé comme chez l'enfant plus âgé, avec ses caractères de ténacité, d'opiniâtreté, avec sa toux déjà paroxystique et convulsive.

Un fait digne de remarque, c'est que cette période de début est d'autant plus courte que les enfants sont plus jeunes. Quand existera la période de début, on pourra, d'après le caractère de la toux, penser déjà à la coqueluche. La toux sera opiniâtre, irrésistible, convulsive ; il y aura une tendance plus ou moins marquée au spasme. A cette période, en cas de doute, le signe de Variot pourra rendre quelques services. Variot a montré que, chez l'enfant en imminence de coqueluche, le contact d'un corps dur, cuiller ou abaisse-langue, avec l'isthme du gosier, faisait apparaître des quintes plus ou moins typiques. Ce signe ne sera pas toujours positif, il n'a rien d'absolu, mais l'apparition, dans ces cas, de quintes avec reprise fixera le diagnostic.

En même temps qu'existera la bronchite prémoni-

toire, il ne sera pas rare d'observer du coryza avec crises fréquentes d'éternuement ; ces crises d'éternuement pouvant se continuer dans la seconde période et, ainsi que nous le verrons, remplacer les quintes typiques.

Période d'état.

I. — ÉTUDE DES QUINTES

La période d'état a une caractéristique très nette, c'est la quinte.

On connaît la quinte de la coqueluche, et chacun en a lu la description de Trousseau qui est restée classique.

Chez le nourrisson, la quinte est le plus souvent semblable à celle de l'enfant plus âgé et de l'adulte ; et pour les cas typiques ne mérite pas une description spéciale.

La fréquence des quintes est variable, leur nombre est soumis à des différences considérables. Les plus nombreuses sont de 18 à 20 par 24 heures, les moins de 4 à 6. Mais entre ces deux chiffres extrêmes, il y a place pour tous les intermédiaires. Le plus souvent, et le fait est noté dans la plupart de nos observations, elles sont un peu plus fréquentes le jour que la nuit, et cela d'une ou de deux unités.

Une seule fois sur 28 cas, on trouve des quintes plus fréquentes la nuit (obs. XXI).

Les auteurs ne se sont pas toujours accordés sur la fréquence relative des quintes diurnes et nocturnes Bouchut les voulait plus abondantes la nuit, Trousseau soutenait la même opinion ; les auteurs récents, et c'est

l'opinion de M. le professeur Weill, admettent qu'elles sont plus fréquentes pendant le jour, c'est d'ailleurs la conclusion qui découle de nos observations.

Le nourrisson a des quintes le plus souvent typiques. Dans les 28 observations, nous trouvons 20 fois des quintes typiques ayant tous les caractères de la toux coqueluchoïde.

Dans les 8 cas restants, nous avons observé des particularités dignes de remarque :

Dans certains cas, ce sont des quintes anormales par absence d'un des éléments ordinaires de la quinte; d'autres fois ce sont des symptômes surajoutés à la quinte typique et qui viennent la compliquer.

C'est ainsi que dans trois cas (obs. V, IX, XVII), nous avons eu affaire à des quintes sans reprises bien caractérisées, mais seulement avec une ébauche de reprise. Toutefois il existait dans ce cas une ébauche de reprise, et cette particularité est très utile pour le diagnostic.

Dans un autre cas (obs. XII), on observa des quintes absolument atypiques, sans reprise même ébauchée, avec seulement de la toux rauque, quelquefois éclatante et spasmodique. La vérification anatomique montra qu'il s'agissait d'une adénopathie trachéobronchique et d'une tuberculose pulmonaire. Il est probable, vu les quintes anormales et sans reprises, et la nature des lésions nécropspiques, que le cas observé n'était pas une coqueluche vraie, mais que la toux de compression en avait imposé. Nous verrons au diagnostic le moyen de différencier les deux affections.

A côté des quintes anormales, par défaut d'un symptôme, on observe des quintes compliquées par

l'apparition de symptômes nouveaux qui viennent se surajouter, donnant ainsi à la quinte une physionomie propre. Certaines fois, comme nous allons le voir, la quinte disparaît même pour faire place à ce symptôme de nouvelle venue qui en tient lieu.

Les complications des quintes chez le nourrisson relèvent toutes de phénomènes nerveux. Ce sont tantôt des crises d'éternuement paroxystique, tantôt des convulsions généralisées ou localisées (laryngo-spasme), c'est enfin de la cyanose, conséquence directe des spasmes laryngés et de l'asphyxie qui s'en suit.

Les crises d'éternuement sont signalées par les auteurs, nous en avons observé un cas (obs. XXVIII). C'étaient des accès paroxystiques d'éternuement, tantôt précédant immédiatement des quintes typiques de coqueluche, tantôt se produisant en dehors des quintes, que peut-être ils remplaçaient.

Les mouvements convulsifs généralisés ou localisés au larynx, laryngospasme ont été plus souvent observés.

En général, les choses se passent de la façon suivante : le petit malade commence une quinte, les mouvements expiratoires suivent abondants et pressés, jusqu'au moment on pourrait avoir une reprise, à ce moment l'enfant renverse la tête en arrière, se raidit, les membres en extension, la nuque contracturée. La gorge est comme obturée, l'enfant paraît être en apnée complète, la cyanose ne tarde pas à se produire. Ces phénomènes durent quelques secondes, qui, à cause de l'angoisse qu'ils provoquent paraissent très longues ; puis une reprise inspiratoire se produit, et peu à peu la respiration revient normale et les contractures dispa-

raissent. Toutefois, la mort par apnée est possible et nous l'avons observée dans une crise convulsive (obs. X). Ces phénomènes convulsifs peuvent s'observer tantôt pendant une quinte typique après une ou deux reprise (obs. II), tantôt ils arrivent au début de la quinte, ne donnant pas le temps à la première reprise de se produire (obs. V, IX, XVII). Quelquefois la quinte n'est pas ébauchée, et à sa place on assiste à des phénomènes convulsifs qui en tiennent lieu.

C'est ainsi que (obs. XI) nous avons vu un enfant chez lequel, de temps à autre se produisaient des accès de laryngospasme, avec raideur soudaine des membres et de la nuque, apnée et cyanose rapide.

Ces accès duraient quelques secondes.

Chez ce même malade on observait tantôt des quintes de coqueluche typique, tantôt des quintes avec convulsions et laryngospasme, se produisant à une période plus ou moins avancée de la quinte, tantôt enfin des accès isolés, comme celui que nous avons décrit, de laryngospasme avec mouvements convulsifs.

Cette observation montre que toutes les combinaisons sont possibles dans la complication des quintes par les phénomènes nerveux.

Nous avons dit tout à l'heure en étudiant l'état général des petits malades, quelle est la signification de ces accidents nerveux.

Après les secousses de toux expiratoire, et les reprises deux ou quatre fois répétées, la quinte se termine et tout rentre dans l'ordre.

Cependant, à la fin de la quinte, on observe deux signes qui doivent attirer l'attention : ce sont l'expectoration et les vomissements.

L'expectoration, à vrai dire, n'existe pas chez les enfants du premier âge.

Le vomissement existe chez le nouveau-né comme chez l'enfant plus âgé. Il est considéré comme à peu près constant et regardé comme un des bons signes de la coqueluche. Toutefois, dans nos observations, nous le rencontrons 15 fois sur 28 cas, ce qui fait un peu plus de 50 % des cas.

Le vomissement paraît quelquefois au début de l'affection, le plus souvent dans la deuxième semaine, au moment où les quintes ont toute leur intensité.

Il se produit après la quinte et semble la terminer.

Toutefois, on ne l'observe pas après toutes les quintes, mais 5, 6, 8, 10 fois par 24 heures, alors que le nombre des quintes est souvent double ou triple.

On comprend facilement quel facteur de gravité comportent les vomissements répétés.

Dans les cas graves où les vomissements sont fréquents, l'alimentation devient très difficile, l'enfant dépérit. On conçoit alors quelle proie facile pour toutes les infections deviendra ce petit être chétif, mal alimenté, amaigri, si exposé déjà par tant d'autres côtés.

C'est pourquoi une des grandes indications du traitement de la coqueluche, c'est de combattre le vomissement.

On l'évitera en faisant prendre du lait au petit malade tout de suite après le vomissement; le lait aura ainsi des chances d'être digéré et absorbé quand la prochaine quinte se produira. Ce procédé dérangera, il est vrai, l'ordre des tetées, mais la nutrition du malade est à ce prix.

II. — LES COQUELUCHEUX EN DEHORS DES QUINTES

Le facies des coquelucheux est spécial, à cause de la congestion fréquente et prolongée de la face au moment des quintes, il s'établit des troubles circulatoires dont le résultat est la bouffissure du visage. Le tissu cellulaire de la face s'infiltre d'œdème; c'est ainsi que les paupières sont gonflées, que les joues paraissent distendues, que le visage entier semble avoir été insufflé.

L'état général des malades est très variable, suivant le nombre et l'intensité des quintes, suivant l'époque de la maladie, suivant que les vomissements sont plus ou moins fréquents et que la dénutrition est plus ou moins accentuée.

En général, la coqueluche normale dans les premières semaines est très bien supportée par le nourrisson, la température n'est pas élevée au-dessus de la normale. Seules les quintes de toux sont fatiguantes par leur nombre et par l'ébranlement qu'elles provoquent chez les malades; si les vomissements ne se produisent pas, ou sont de peu de fréquence, l'affection continuera sans que l'état général du malade ait à souffrir.

Trois facteurs peuvent rendre alarmant l'état général des malades : les vomissements fréquents, les complications pulmonaires, les accidents nerveux.

Nous avons parlé de vomissements.

Nous étudierons plus loin les complications pulmonaires; toutefois nous ferons dès maintenant remarquer que ces accidents pulmonaires sont très fréquents, et

que c'est sous la dépendance de ces accidents que l'on doit mettre, quand elle se produit, l'élévation de la température. En effet, la coqueluche est apyretique, si la température s'élève, c'est qu'une complication se produit, trop minime pour donner des signes stethoscopiques, mais suffisante pour déformer la courbe thermique.

La troisième cause de gravité de l'état général seront les accidents nerveux.

Nous rencontrons ces accidents dans 7 cas sur 28. Comme nous l'avons déjà décrit, ils se résument en convulsions généralisées ou localisées au larynx (laryngospasme) suivis généralement de cyanose plus ou moins accentuée par insuffisance de l'hématose pendant le spasme.

Les symptômes nerveux peuvent accompagner les quintes, et nous avons montré les diverses physionomies que peut dans ces cas revêtir la coqueluche.

Ces accidents peuvent également se produire en dehors des quintes. Dans ces cas (obs. I), la crise convulsive était le phénomène initial de la quinte, et les contractures et les mouvements convulsifs venaient au moment de l'obtention des secousses de toux.

Dans un autre cas (ob. II), les convulsions se produisent totalement en dehors de la quinte et n'ont avec elle aucun rapport.

Dans deux cas (ob. IX et X) des crises convulsives très longues et fréquemment répétées aboutirent à la mort de l'enfant.

Les crises convulsives de la coqueluche ne diffèrent pas des autres convulsions observées chez l'enfant et ne

relèvent pas d'autres causes. Elles ont la même signification pathogénique, elles sont un réflexe, un mode particulier de réaction du nourrisson, du fait même de son âge et de l'état de son système nerveux. Les quintes de coqueluche ne sont là qu'un acte provocateur au même titre que le sont les débuts d'une pyrexie, la sortie d'une dent ou l'expulsion d'un paquet d'ascaris.

Il est à noter toutefois que les convulsions ne se produisent guère que chez des enfants qui sont, soit dans certaines conditions d'âge (les six premiers mois), soit dans un état de prédisposition névropathique héréditaire ou personnelle. En effet, on observe toujours chez les enfants chez lesquels on trouve ces phénomènes un système nerveux très irritable, l'irritabilité se traduisant par des réflexes particulièrement brusques et exagérés.

On conçoit que cet élément nerveux surajouté soit un facteur important de gravité : les accidents nerveux peuvent être redoutables immédiatement, et nous rappellerons (ob. X) le cas d'un nourrisson qui mourut pendant une crise convulsive ; ils sont à redouter également pour plus tard, à cause de l'ébranlement nerveux que provoquent les crises convulsives répétées.

III. — COMPLICATIONS MÉCANIQUES

Des complications mécaniques de la coqueluche, celle qui, de toutes apparaît comme la plus fréquente, est *l'ulcération du frein de la langue*. Ceci est vrai pour le nourrisson comme pour l'adulte.

Aussi bien, la retrouvons-nous dix fois dans les

vingt-huit observations analysées. Il est à noter que chaque fois le petit malade était déjà pourvu de ses incisives inférieures, fait qui a été soigneusement noté et qui apparaît, à première vue, comme une condition *sine qua non*. C'est d'ailleurs ce que faisait déjà remarquer Bouchut en 1858, dans son étude spéciale à ce sujet.

Les hémorragies diverses, malgré les rares cas de Bouffier, observés sur des enfants sans dentition, se voient signalée comme fréquentes par les auteurs. Il ne semble pas qu'elles le soient particulièrement chez le nourrisson.

C'est dans un seul cas (obs. I) qu'on a vu survenir une ecchymose de l'angle interne de l'œil gauche. Cette petite hémorragie n'eut d'ailleurs pas de suites graves ; elle fut enfin sans grande abondance. En tout cas il ne s'est pas produit de ces larmes de sang, rapportées à l'envie par les auteurs et qui doivent être un phénomène peu souvent observé en clinique.

L'épistaxis est beaucoup moins signalée ; aussi appelons-nous l'attention sur le cas n° XXVII.

Le petit malade qui en est l'objet et qui fut soigneusement observé en présenta à plusieurs reprises et en particulier trois fois dans une même journée. La quantité de sang rejetée chaque fois était peu abondante. L'épistaxis attire évidemment l'attention d'une façon moins frappante qu'une otorragie, mais revêt pour nous la même valeur clinique.

Nous n'avons d'ailleurs aucun cas *d'écoulement de sang par les oreilles* au cours des quintes.

L'apparition de *hernies* au cours des quintes relève

du même ordre d'accidents; une seule fois sur 28 nous la voyons signalée (obs. XXV) et son apparition a coïncidé avec le début des quintes ; il s'agissait d'une hernie ombilicale qui n'a, d'ailleurs, pas augmenté sensiblement de volume au cours de la marche de la maladie ; on n'a pas été renseigné sur son évolution, l'enfant ayant quitté le service avant la guérison de la coqueluche.

Par contre, le *prolapsus rectal* ne s'est jamais produit chez les 28 nourrissons observés.

On sait cependant avec quelle relative facilité cet accident survient chez des nourrissons pour des causes autres que celle qui nous occupe, et le fait peut paraître digne de remarque.

Tels sont les accidents purement mécaniques relevant de l'intensité excessive des crises — nous ne dirons pas que l'on peut observer, car les auteurs en citent bien davantage, — mais que nous avons notés dans vingt-huit observations clidiques.

IV. — COMPLICATIONS INFECTIEUSES

1 La broncho-pneumonie.

Une complication des plus importantes et que l'on rencontre très fréquemment, c'est la *broncho-pneumonie*. C'est ainsi que, dans nos vingt-huit observations, nous la relevons quatorze fois. Cette proportion de 50 pour 100 exactement peut, à première vue, ne pas paraître considérable, mais, sur l'ensemble des vingt-huit cas, il faut en déduire huit qui n'ont pas été observés complètement, c'est-à-dire qui se rapportent à des enfants que leurs parents ont emmenés de l'hôpital,

alors qu'ils présentaient encore des quintes. Il faut en déduire encore les cas de deux malades, dont l'un est mort au milieu d'une crise éclamptique (obs. X) et dont l'autre (XII), a succombé à la tuberculose pulmonaire.

Après déduction faite de ces dix cas, il ne reste à mettre en face des douze qui ont eu de la broncho-pneumonie, que trois qui, y ayant échappé, ont guéri sans accident.

On voit donc que cette proportion de 50 pour 100 doit être élevée à un chiffre qu'il est toutefois difficile de préciser.

La broncho-pneumonie a des raisons pour apparaître si fréquemment, qu'il importe cliniquement de spécifier. Tout d'abord, il n'est pas de terrain plus favorable à son éclosion que ce petit malade débilité par son affection, exténué par ses quintes de toux. De plus, du fait même de ces crises, c'est un enfant qui se nourrit mal, d'une part, comme nous le faisons remarquer ailleurs, en raison des vomissements fréquents ; d'un autre coté, parce qu'il faut abandonner une alimentation réglée. L'absorption du lait ne peut s'effectuer, en effet, que de suite après les quintes, pour qu'il y ait des chances que le lait soit toléré.

Enfin, si le terrain est prêt, le milieu n'est pas moins favorable : nous voulons parler du milieu d'hôpital. Il faut établir une différence bien tranchée entre l'enfant qui est soigné en ville, loin de toute sorte de contagion, et celui qui voit évoluer sa coqueluche dans une salle d'hôpital. Aussi, est-ce là que la coqueluche est vraiment meurtrière et du fait de la broncho-pneumonie,

autant qu'elle peut être bénigne pour le nourrisson qui reste dans sa famille.

Voyons maintenant, à l'aide surtout de nos observations, quelle sera l'évolution d'une broncho-pneumonie survenant au milieu d'une coqueluche, bien entendu en milieu hospitalier.

La date *d'apparition de la broncho-pneumonie* au cours de la coqueluche mérite d'être fixée ; en parcourant les quatorze observations qui la comportent, on voit que c'est à la fin du deuxième septénaire qu'elle survient.

Toutefois, dans un cas (obs. I), elle ne se manifesta que près d'un mois après les premières quintes. Par contre, dans l'observation II, l'ascension de la température se produisit huit jours après que la toux eût pris des caractères coqueluchoïdes. Dans l'observation IV enfin, les symptômes de broncho-pneumonie se développèrent presque en même temps que ceux de coqueluche

Néanmoins, de la moyenne de nos quatorze observations, on peut conclure que la complication broncho-pneumonie survient entre le douzième et le dix-huitième jour.

La *température* est le premier symptôme qui attire l'attention et sur lequel il faut se baser. On voit survenir brusquement une élévation thermique, alors que la pyrexie était moyenne ou même tout à fait nulle ; cette ascension brusque de la courbe peut être considérée comme caractéristique. D'ailleurs, elle n'indique pas toutes les fois qu'il va s'agir d'une broncho-pneumonie grave et même on peut dire que si la coqueluche n'est pas complètement apyrétique, c'est qu'il existe bien

souvent de petits foyers sans grande gravité et qui ne se manifestent par aucun signe.

La *modification des quintes* peut toutefois se montrer plus précoce. C'est ainsi que, même en l'absence de température, lorsqu'on voit les quintes subir une diminution notable, il faut toujours penser à une broncho-pneumonie. Cette diminution des crises peut avoir lieu soit en intensité, soit, ce qui est plus net, en nombre. Il ne nous a pas été donné d'observer la disparition totale des quintes.

Le plus fréquemment elles ne se modifient que lorsque la broncho-pneumonie est installée.

Mais déjà est survenu un autre symptôme qui est la *dyspnée;* elle a les caractères qu'elle revêt ordinairement dans la broncho-pneumonie, avec son intensité, son battement des ailes du nez et son type inverse; elle peut toutefois présenter plus fréquemment le type moniliforme.

Nous ne nous étendrons pas sur les signes stéthoscopiques que peut procurer cette complication; rappelons seulement la fugacité de ces signes, la variabilité des foyers, et souvent leur peu d'intensité à l'auscultation,

L'évolution et la terminaison de la broncho-pneumonie de la coqueluche nous occuperont davantage.

La durée est le plus généralement courte; c'est là un point sur lequel insiste M. le professeur Weill. En effet, si la broncho-pneumonie est grave, la terminaison fatale survient toujours à brève échéance; si au contraire elle est bénigne, elle se prolonge, et dans ce cas peut guérir, mais en fournissant une courbe de température plus ou moins élevée, qui est en réalité la courbe

d'une légère broncho-pneumonie et non celle de la coqueluche, qui devrait être une affection apyrétique, toutes complications mises à part.

La terminaison par la mort, survenant après un bref délai, est la règle. Sur quatorze observations de broncho-pneumonie nous notons douze morts, ce qui est une proportion considérable, surtout si l'on considère qu'il n'y a que deux autres cas de mort sur les 28 observations, une par crise éclamptique (obs. X), une par tuberculose pulmonaire (obs. XII).

On voit donc que la coqueluche soignée en milieu hospitalier a sa plus redoutable complication dans la broncho-pneumonie, du fait de sa fréquence d'une part (plus de 50 0/0) et surtout du fait de sa mortalité (92 0/0).

2° Prédisposition à la tuberculose.

Des auteurs nombreux admettent que la coqueluche crée, particulièrement chez le nourrisson, une prédisposition spéciale à la tuberculose.

Dans les observations que nous rapportons, nous trouvons dans un cas (obs. XII) de la tuberculose pulmonaire et ganglionnaire, mais nous avons vu comment ce cas était contestable.

Nous avons cherché dans les observations de tuberculose de nourrisson, et nous avons trouvé sur sept cas de tuberculose nécropsiquement confirmés, trois cas dans lesquels la coqueluche figurait parmi les antécédents.

La coqueluche dans ce cas avait duré trois mois. La tuberculose avait apparu deux mois après la cessation

des quintes dans les deux premiers cas, huit mois après dans le troisième.

Après ces faits, la prédisposition créée par la tuberculose ne peut être mise en doute; on voit que ce sont surtout les coqueluches longues, ou des tous premiers mois de la vie qui créent cette prédisposition.

Diagnostic et pronostic.

Le diagnostic de la coqueluche des nourrissons est difficile au début. Dans la période de bronchite prodromique, dans le cas où elle existera, on ne pourra guère avoir que des présomptions : on pensera à la coqueluche en cas d'épidémie de maison ou de quartier, ou quand une cause manifeste de contagion se sera produite. A cette époque le caractère déjà paroxystique de la toux apportera un nouvel appoint en faveur du diagnostic de coqueluche. C'est à cette période enfin que l'on essaiera de provoquer des quintes par la manœuvre de Variot, qui bien qu'elle n'ait rien d'absolu peut rendre dans certains cas des services.

A la période d'état le diagnostic est simple quand tous les signes sont réunis. La quintes typiques accomgnées de reprises ne peuvent être confondues avec rien.

Lorsque les quintes sont anormales, le diagnostic devient tout de suite plus épineux. Il importe de bien connaître les phénomènes nerveux qui peuvent compliquer les quintes, et de savoir quelles combinaisons peuvent exister de ces accidents et des phases de ces quintes normales.

Plus difficile peut-être à identifier que les quintes

compliquées, sont les quintes anormales par défaut d'un symptôme, de reprise par exemple ; dans ces cas, la toux de compression pourra parfois en imposer. Notre observation XII est là pour en fournir les preuves. Toutefois, les caractères de la toux de compression, son timbre rauque, ses secousses expiratrices isolées se différencient du timbre éclatant, et des secousses expiratrices groupées et aussi de la toux coquelucheuse. Interviendra à ce moment pour fixer le diagnostic la constatation des complications mécaniques propres à la coqueluche : l'ulcération du frein de la langue, les ecchymoses, le vomissement, la bouffissure de la face font penser à la coqueluche et fixeront le diagnostic.

Nous avons montré, en étudiant les signes et l'évolution de la coqueluche chez le nourrisson, quels signes font varier le pronostic, et quels accidents peuvent faire, d'une affection bénigne par elle-même, une maladie très grave ; tels, la dénutrition provoquée par les vomissements fréquents, l'ébranlement nerveux succédant aux crises éclamptiques, enfin la broncho-pneumonie.

On tiendra compte également de l'âge du nourrisson l'affection étant d'autant plus grave que l'enfant est plus jeune.

Dans les 28 cas dont nous rapportons l'histoire, l'évolution de la maladie s'est faite comme il suit :

11 malades n'ont pas été observés jusqu'au bout, ayant été emmenés par leurs parents avant la disparition complète des accidents.

12 sont morts de broncho-pneumonie ;

1 a succombé dans une crise convulsive ;

1 a présenté de la tuberculose pulmonaire ;

3 enfin ont complètement guéri.

D'après ces résultats le pronostic paraît grave, toutefois il ne faut pas oublier qu'il s'agit là d'une statistique hospitalière, et que les accidents mortels sont le résultat de la broncho-pneumonie qui est en ville une rareté. C'est pourquoi, si le pronostic de la coqueluche paraît serieux à l'hôpital, il semble être en ville d'une certaine bénignité.

CHAPITRE II

OBSERVATIONS

Observation I

Coqueluche. Convulsions pendant la quinte.

Anatomiquement : Broncho-pneumonie à grands noyaux d'hépatisation.

Marie D..., entrée le 14 mars 1905. Parents bien portants. Pas de fausses couches. Trois enfants : l'aînée 3 ans, bien portante, la deuxième a également la coqueluche.

Née à la clinique à terme. Bonne grossesse, accouchement normal. Nourrie au sein par sa mère jusqu'à 6 mois. Depuis lait bouilli et potages de semoule et de tapioca. Premières dents à 5 mois. Varicelle en janvier 1905. Coqueluche dont les quintes ont apparu le 2 mars.

Le matin de l'entrée sa mère l'ayant laissée un instant la trouva raide en rentrant. Peu de temps après son entrée, elle prit une crise de convulsions qui dura cinq minutes.

A l'examen on a affaire à une enfant de bonne mine.

Les quintes sont fréquentes, douze à quinze par 24 heures, se répartissant à peu près également dans la nuit et le jour.

Ulcération du frein de la langue. Rien au pharynx.

Ecchymose dans l'angle interne de l'œil gauche.

Au poumon, râles provenant des toux, sans souffle nulle part. Rien à signaler dans les autres viscères.

15 mars. — Douze quintes depuis hier, pas de diarrhée. Une crise convulsive de cinq minutes ce matin.

Rien du côté du système nerveux. Réflexes tendineux peut-être un peu brusques, pas de Babinski, pas de contraction ni de paralysies. La crise convulsive se produit avant la quinte et quand elle s'arrête la quinte débute.

6 avril. — Depuis quelques jours la température monte, sans modification de l'état général. Les quintes diminuent. La malade est un peu plus pâle mais n'est pas oppressée. Conjonctives un peu rouges. Pas d'enanthème buccal. Rien à signaler à la poitrine.

22 avril. — La température monte graduellement depuis le 17. Elle atteint 40° actuellement. Quelques râles muqueux à la base droite.

Quatre à six quintes par jour.

23 avril. — La température continue à se tenir sur le degré de 40°. De la diarrhée survient; la malade a par jour quatre à six selles glaireuses. Décès le 25 avril.

A l'autopsie : Pas de lésion cérébrale appréciable.

Congestion assez marquée des viscères, au poumon, peu de congestion diffuse et d'emphysème. Des deux côtés, au niveau des bords postérieurs, on trouve des noyaux d'hépatisation de la grosseur d'une noisette.

Pas de bronchite purulente, ni de tendance à la dessiccation des îlots hépatisés.

Le foie présente des îlots blanchâtres de dégénérescence graisseuse.

Observation II

Bronchite légère. Coqueluche, avec cyanose fréquente au moment des quintes. Crises de cyanose et mouvements convulsifs généralisés en dehors des quintes. Écoulement de l'oreille gauche. Broncho-pneumonie terminale.

M..., Ernestine, âgée de 16 mois, entrée le 30 novembre 1905, décès le 9 mars 1906.

Père et mère bien portants; la mère a eu trois enfants; le premier est mort du croup; le deuxième, âgé de 2 ans 1/2, se

porte très bien, mais il ne parle pas. « Il est idiot », dit la mère. La troisième est la malade actuelle. Pas de fausse couche.

L'enfant, née à terme, a été nourrie au sein par sa mère pendant quatre mois, elle est ensuite nourrie au biberon jusqu'à 12 mois; la mère soupçonne fort la nourrice de lui avoir fait manger de tout; depuis son retour, la mère l'a nourrie de potages de farine au lait; elle a la diarrhée.

Première dent à 5 mois; l'enfant ne marche pas encore. La mère l'amène parce qu'elle tousse; elle l'a toujours vue tousser, mais davantage depuis une semaine. Actuellement, elle tousse un peu, n'a pas de quintes.

A l'auscultation, quelques rares sibilances.

Langue bonne. — Huit incisives; rien à la gorge; abdomen un peu gros, tendu, non douloureux. Pas de vomissements; pas de diarrhée.

Cœur : Rien.

Système nerveux : Réflexes rotuliens brusques.

Téguments : Rien.

Urines : Pas d'albumine.

2 décembre 1905. — L'enfant a 38°5.

Aux poumons : Rien.

Gorge : Angine, rougeur diffuse, un point blanc.

5 décembre. — *Poumons :* Quelques râles sibilants en arrière et en avant, type inverse de la respiration. 52 respirations. Un peu de tirage sus-sternal.

Toux moniliforme.

Cœur : 152 pulsations.

L'enfant est pâle, non cyanosée. Rien au gosier.

6 décembre. — *Aux poumons :* Pas de râles, pas de souffle. L'état général et les troubles fonctionnels s'aggravent. Cyanose légère.

7 décembre. — *Poumons :* Quelques râles ronflants. Meilleur état général; légère amélioration des troubles fonctionnels.

14 janvier 1906. — L'enfant a pris ce matin, en dehors des quintes de toux, une crise de cyanose accompagnée de mouvements convulsifs cloniques au niveau des membres supérieurs

et inférieurs et de la face, d'une durée de 5 minutes. Aphte à l'extrémité de la langue.

16 janvier. — Depuis le 10 janvier, l'enfant tousse par quintes coqueluchoïdes avec reprises très nettes. Depuis ce moment, écoulement de l'oreille gauche; séro-pus verdâtre.

L'enfant a pris hier au soir, au milieu d'une quinte de coqueluche, une crise convulsive ; elle s'arrête brusquement de tousser et de respirer, se cyanose. Grimaces de la bouche et des yeux, puis raideur généralisée aux membres et au tronc avec quelques secousses cloniques. La crise a duré trois ou quatre minutes.

Pas d'exagération des réflexes.

31 janvier. — L'enfant a repris depuis hier de fortes quintes de coqueluche, au cours desquelles elle se cyanose quelquefois, mais légèrement.

Pas de convulsions.

Vomit en toussant.

La température augmente depuis hier.

Pas de dyspnée. Pâleur marquée.

Aux poumons : A droite, en arrière, râles sous-crépitants dans les deux tiers inférieurs. Souffle. Râles muqueux et sous-crépitants à la *base gauche.*

7 février. — A la base droite, râles sous-crépitants, sans souffle. A la base gauche, signes moins marqués.

7 mars. — Les quintes ont diminué. État général assez bon. L'enfant perd du poids, mais, par moments, on observe des crises de cyanose au moment des quintes.

Le 5 ou le 6, poussée thermique vespérale (39° à 38°). Nombreuses crises de cyanose. Une période d'accalmie avec état général satisfaisant succède à ces crises.

Aujourd'hui, la pâleur est plus marquée ; les crises de cyanose se sont renouvelées très fréquemment de 1 heure à 5 heures de l'après-midi.

État général mauvais. Dyspnée à 60. Tirage. Battement des ailes du nez.

Poumons : A droite, en arrière, pas de souffle; râles sous-crépitants suivant la ligne axilliatre.

En avant : Rien.

A gauche : Souffle avec râles sous-crépitants et muqueux dans la moitié inférieure du thorax. A ce niveau, submatité.

10 mars. — Autopsie.

Poumons : *A droite, surface externe*, lésions d'emphysème en saillie blanchâtre ; lésions d'atélectasie violet foncé.

A la coupe, on trouve, au niveau des lobes inférieurs, des lésions d'atélectasie et de congestion, des lésions d'hépatisation d'aspect granité, séparées par des intervalles de tissu sain. Un peu de pus sort des bronchioles à la pression.

Poumon gauche : Mêmes lésions, mais un peu moins intenses.

Larynx : Rien.

Thymus non hypertrophié.

En avant du thymus, amas informe, filamenteux et congestionné.

Gros ganglions trachéo-bronchiques non caséeux.

Bronches : État gris de la muqueuse dès la pénétration dans la zone hépatisée.

Cœur : Rien.

Foie, rate : Rien.

Intestin : Pas d'ulcérations ; pas de ganglions mésentériques tuberculeux.

Cerveau, bulbe, cervelet : Rien.

Rocher, côté gauche : Pas de pus dans l'oreille moyenne. On ne trouve pas la chaîne des osselets.

Observation III

Coqueluche. Broncho-pneumonie. Érythème des fesses.

B..., Louise, âgée de 3 mois, entrée le 24 juillet 1903. Décès le 11 juillet 1906.

Père et mère vivants et bien portants. La mère n'a jamais eu de fausses couches. Un garçon âgé de 14 mois en bonne santé.

La petite malade est née à terme. Accouchement normal.

Nourrie au sein par la mère pendant quinze jours, puis au

biberon avec du lait de vache bouilli coupe avec de l'eau ou décoction d'orge. On lui donne le biberon chaque fois qu'elle crie.

Depuis une semaine environ, l'enfant a la diarrhée : elle vomirait tout ce qu'elle prend.

Elle tousse un peu.

Aspect général assez bon ; teinte violacée des téguments ; marbrures généralisées.

Érythème érosif des fesses.

Éruption de petits vésicules siégeant au niveau des joues, du cou, derrière les oreilles.

Le ventre n'est pas augmenté de volume ; on ne sent ni le foie ni la rate.

Aux poumons : La respiration est normale.

Au cœur : Bruits normaux réguliers.

Pouls : 96.

Fontanelle: Admet la pulpe de trois doigts ; tendue sans battements.

Réflexes rotuliens normaux. Pas de Babinski ; pas de trépidation épileptoïde.

Température : 37°.

Urines : Pas d'albumine.

3 août (jour d'orage). — Mauvais aspect général ; selles nombreuses, très liquides, se faisant en jet, comme s'il s'agissait d'une miction. Diète hydrique pendant dix-huit heures.

13 mai 1904. — Nouveau séjour.

Depuis sa sortie, sa mère l'a mise à une crèche où on lui a donné du lait stérilisé. Mange des potages et des œufs depuis l'âge de 9 mois, c'est-à-dire depuis trois mois.

Premières dents à 8 mois 1/2.

Enfant bien portante jusqu'au 30 avril ; depuis, s'est mise à tousser (quinze à dix huit quintes en vingt-quatre heures).

Actuellement, mauvais état général ; enfant chétive, un peu amaigrie ; petits ganglions des aines.

Cyanose légère ; respiration accélérée, sans type inverse, avec battement des ailes du nez.

Foyer de râles fins dans la moitié supérieure du poumon gauche, en arrière.

Rien au cœur.

Crises caractéristiques de coqueluche avec reprise. Vomit peu.

Rien à l'abdomen ; on ne sent ni le foie ni la rate.

Pas de Babinsky.

17 mai. — Quintes fréquentes intenses avec cyanose. Pas de convulsions ni de laryngospasme.

Mort par asphyxie.

Pas de vérification anatomique.

Observation IV

Coqueluche. Broncho-pneumonie à marche rapide.— *Anatomiquement :* Broncho-pneumonie à forme de bronchiolite purulente avec noyaux d'hépatisation.

D..., Lucien-Stéphane, 7 mois.

Entré le 31 août 1905.

Père et mère bien portants; la mère n'a jamais eu de fausse couche.

Deux enfants, l'un de 2 ans, a actuellement la coqueluche.

Le petit malade est né à terme, il pèse 3,850 grammes. Il a été nourri au sein par la mère jusqu'à 6 mois.

Depuis un mois, on lui donne du lait de vache coupé.

Depuis trois jours l'enfant présente de la fièvre, entre 39° et 39° 5 avec une toux quinteuse assez peu fréquente.

A l'entrée, l'enfant est pâle. Les yeux sont bouffis. La toux est fréquente et a tous les caractères de la toux coquelucheuse. L'enfant ne vomit pas, il n'a pas d'ulcérations de la langue.

Dyspnée très marquée avec battement des ailes du nez; 76 respirations par minute. Aux poumons, l'auscultation révèle dans toute la hauteur de la poitrine, mais surtout à gauche et au niveau de la base droite, de nombreux râles fins à bruits sous-crépitants.

L'abdomen est volumineux avec du tympanisme. Le foie est très hypertrophié dépassant les fausses côtes de trois travers

de doigt. On ne sent pas la râte. Pas de diarrhée, les selles sont à peu près normales.

3 septembre. — L'enfant a pris trois quintes pendant la nuit et quatre pendant le jour.

État général stationnaire.

Oxygène. Bains sinapisés.

4 septembre. — L'oppression a diminué, cependant l'enfant présente encore le type inverse, du battement des ailes du nez, il a 76 respirations par minute. Le pouls n'est plus perçu à la radiale. Il y a 162 pulsations cardiaques.

Au poumon on entend seulement quelques râles à la base droite.

5 septembre. — L'enfant est mort hier au soir.

6 septembre. — Autopsie.

Appareil pulmonaire. — Au poumon gauche, pas de noyaux de broncho-pneumonie. Cependant la pression fait sourdre des gouttelettes de pus des orifices bronchiques sur toute la hauteur du poumon et particulièrement à la base. La surface du poumon droit présente des zones rouge brun déprimées. La base est rouge, de consistance très ferme, vue au fond de l'eau. Reins pâles. Le petit malade n'avait pas eu d'albumine. Rien à signaler aux autres viscères.

Observation V

Coqueluche. Éruption pemphigoïde. Broncho-pneumonie.
Anatomiquement : Broncho-pneumonie.

D..., J.-P., 5 mois.

Entré le 15 mars 1905.

Père bien portant. Mère actuellement en convalescence d'érysipèle. A eu une fausse couche à trois mois, il y a six ans. Trois enfants vivants, deux bien portants. Né à terme après une bonne grossesse. Nourri au sein par sa mère pendant deux mois. Soigné à Saint-Pothin du 14 janvier au 4 mars, le malade tousse depuis ce moment. Diarrhée jaune, quelquefois verte, mal triée. Huit selles en 24 heures. Vomissements les 14 et 15 mars.

A l'entrée, enfant un peu maigre, d'état général passable.

L'enfant tousse par quintes, d'apparence coqueluchoïdes, bien qu'il y ait peu de reprises ni de glaires à la suite.

Ces quintes sont assez fréquentes, une au moins par heure. Cyanose pendant les quintes, dans l'intervalle le teint est assez bon. Peu de dyspnée, pas de tirage, ni de battement des ailes du nez.

Douze à quatorze quintes par vingt-quatre heures, un peu plus fréquentes le jour.

Aux poumons : Râles humides, plus abondants et plus éclatants à droite.

Pas de souffle nulle part.

Rien à signaler aux autres organes, à la bouche et au pharynx.

Sur le cou et le thorax, on voit quelques lésions cutanées ressemblant à des lésions de grattage, lésions qui datent de sa vaccination. Au bras gauche, croûtes vaccinales desséchées.

4 avril. — Apparition cette nuit de bulles très larges de pemphigus.

A l'occiput on note des surfaces rouges occupant le plan des bulles déjà crevées.

A la fesse gauche et à la région lombaire l'épiderme est soulevé par quelques bulles.

5 avril. — Pas d'éosinophilie sanguine. L'examen du liquide des bulles n'a pu être fait, en l'absence de nouvelles poussées.

7 avril. — L'enfant va mal. Il devient athrepsique de façon de plus en plus marquée. Bulles de pemphigus de nouvelle formation sur tout le tégument : face, membres et tronc. Certaines bulles atteignent la largeur d'une pièce de deux francs.

A la nuque, on voit un décollement de la dimension de la paume de la main. Ces bulles sont très fragiles et se brisent aussitôt formées.

L'enfant n'a jamais eu d'albumine.

9 avril. — Mort de l'enfant sans phénomènes notables.

Autopsie. Appareil pulmonaire : Emphysème des sommets des poumons.

A la base de chacun des poumons on trouve des noyaux d'hépa-

tisation granuleux sur une coupe regardée au jour, la pression fait sourdre de ces noyaux un liquide œdémateux.

Les fragments de noyaux hépatisés vont au fond de l'eau.

Pas de bronchiolite suppurée.

Pas de ganglions trachéo-hématiques.

Rien à signaler aux autres organes.

Observation VI

Coqueluche. Broncho-pneumonie. — *Anatomiquement :* Broncho-pneumonie.

K..., Raymond, 3 mois.

Entré le 17 juillet 1905.

L'enfant est envoyé du dépôt de l'Antiquaille avec les renseignements suivants: la mère est toujours à l'Hôtel-Dieu depuis son accouchement.

L'enfant tousse depuis le 2 juillet ; il éternue souvent.

Depuis le 15 juillet, quintes de toux et vomissements consécutifs.

Depuis qu'il est dans le service, quintes de toux fréquentes et typiques, vomissements consécutifs, pas de diarrhée.

Rien aux poumons.

Rien au cœur.

Abdomen souple, foie et rate normaux.

Pas d'ulcération du frein de la langue ; l'enfant n'a pas de dents.

Rien au tégument.

Réflexes rotuliens normaux.

5 août. — La toux et les quintes ont diminué, mais l'enfant devient dyspnéique, la température monte.

L'enfant n'a jamais eu d'albumine.

7 août. — L'enfant meurt.

8 août. — *Autopsie, appareil pulmonaire :* La plus grande partie du poumon gauche ne crépite plus et présente des lésions de broncho-pneumonie.

Au lobe moyen du poumon droit, on trouve de nombreux noyaux d'hépatisation.

Rien de particulier à signaler aux autres viscères.

Observation VII

Coqueluche. Broncho-pneumonie.
(Opposition à l'autopsie.)

R..., Marguerite, âgée de 1 an, entrée le 13 octobre 1905. Décédée le 15 octobre 1905.

Parents bien portants.

Pas de fausse couche.

Quatre enfants, dont trois bien portants.

La malade est née à terme. Nourrie au sein jusqu'à 6 mois, puis au lait de vache coupé.

Bronchite, il y a deux mois, puis coqueluche.

Quintes fréquentes. Très mauvais état général.

Dyspnée très vive. Elle tousse souvent et vomit.

Température : 39°.

Dès son arrivée, on a l'impression qu'il s'agit d'une broncho-pneumonie et on lui donne de l'oxygène.

15 octobre 1905. — L'enfant est très pâle, très oppressée. L'état général est très mauvais.

Aux poumons, nombreuses sibilances. mais pas de foyer de râles, ni de zone de matité.

16 octobre. — Mort sans phénomènes spéciaux.

17 octobre. — Opposition à l'autopsie.

Observation VIII

Coqueluche. Broncho-pneumonie.

P..., Lucienne, 11, mois, entrée le 27 juillet 1906.

Parents bien portants; pas de fausse-couche. Deux enfants, un âgé de 4 ans, bien portant.

Née à terme ; bonne grossesse, accouchement normal.

Nourrie au biberon (lait stérilisé), toutes les trois heures. Placée en nourrice à 7 mois (lait de vache bouilli). Retirée le 14 juillet. Pas de dents.

Elle a commencé à tousser le 12; quintes de coqueluche le 16 ; on n'on a pas encore eu dans le service.

Diarrhée le 23 juillet (selles jaunes avec grumeaux), quatre selles en vingt-quatre heures.

Actuellement, l'enfant est oppressée, sans type inverse de la respiration ; un peu de tirage et jeu des ailes du nez. Pendant l'examen, l'enfant prend une quinte sans reprise, mais pourtant assez typique.

L'abdomen est gros ; le foie déborde de deux bons travers de doigt. La rate n'est pas sentie.

Poumons : Submatité de la base droite en arrière ; à ce niveau, on a du souffle et quelques râles fins après les secousses de toux ; quelques ronchus disséminés.

A gauche, la base sonne bien ; souffle expiratoire sans râles fins.

Pas de râles de bronchite.

Cœur : Rien.

Pas de dents ; pas d'ulcération du frein de la langue ; rien au pharynx.

Température : 40°.

Urines : Pas d'albumine.

Décès le 30 juillet, à 10 heures du soir.

Observation IX

Coqueluche, avec quintes nombreuses et cyanose : *éruption* les derniers jours, ressemblant beaucoup à une éruption rubéolique, bien que la figure soit épargnée ; *température* progressivement croissante ; *crises convulsives* terminales.

L'autopsie n'a pu être faite, le cadavre ayant été emmené par les parents douze heures après la mort.

M. G..., Henriette, âgée de 3 mois, entrée le 22 mai 1906, décédée le 1er juin.

Père bien portant, mère anémique depuis l'âge de 12 ans. Elle a aujourd'hui 18 ans. Pas de fausse couche.

Enfant née à terme. Nourrie au sein par la mère pendant vingt six jours : sevrage rendu obligatoire par un abcès du sein. Alimentée avec du lait stérilisé de la crèche.

L'enfant tousse depuis le 13 mai. Elle aurait des quintes de coqueluche depuis le 18 mai. Diarrhée les 19 et 20 mai : selles jaunes liquides.

A l'examen : Quintes de coqueluche typiques, avec simple ébauche de reprise. Cyanose à la fin de la quinte (12 à 16 quintes par jour).

Mauvais état général. Pas de diarrhée. Pas de vomissements.

Aux poumons : Pas de matité, pas de râles fins, pas même de bronchite.

Au cœur : Bruits réguliers, bien frappés. Pas de gros ventre, pas de gros foie, pas de grosse rate.

Quelques érosions banales aux fesses. Langue bonne. Rien au pharynx.

Urines : Pas d'albumine.

Température : Normale.

23 mai 1906. — Le foie paraît déborder les fausses côtes.

30 mai. — Éruption cutanée généralisée : petites macules rouges, avec prédominance sur le thorax.

Rien sur la face.

Température : 39° 7.

Rien de net à l'auscultation.

1er juin. — Crise convulsive à 4 heures du matin ; une autre à 9 heures. — Mort à 1 heure, après plusieurs autres crises.

Observation X

Coqueluche. Éruption scarlatiniforme. Mort par crise convulsive. *Anatomiquement:* Congestion méningé simple sans autre lésions.

S..., Amédée, 1 an 1/2, entre le 16 octobre 1906. Parents bien portants, pas de fausse couche. Un autre enfant mort à 5 mois de convulsions.

Née à terme à la Maternité sans accident. Nourrie au sein, a marché à 14 mois, n'a jamais été malade.

La malade a commencé à tousser le 29 septembre. Les quintes ont apparu depuis le 8 octobre. Elles sont suivies de vomissements.

Diarrhée le 10 octobre. Selles jaunes avec grumeaux et glaires quatre à cinq par jour.

L'enfant a pris onze quintes de toux depuis son entrée dans le service, il y a dix-huit heures ; elle a vomi une fois après une quinte.

La face est bouffie, les yeux sont larmoyants, l'enfant a du coryza.

La grande fontanelle n'est pas fermée. Il y a quatre dents en haut et trois en bas. Pas d'ulcération du frein de la langue, rien à noter au pharynx.

L'abdomen est normal; la rate n'est pas perçue, le foie déborde d'un travers de doigt le rebord costal. Au poumon, des deux côtés, de gros râles muqueux disséminés et peu nombreux, pas de souffles et de râles fins.

Pas de dyspnée, ni de cyanose. Rien au cœur.

Ganglions cervicaux. Rien du côté du système nerveux.

22 octobre. — Hier l'enfant a eu des plaques érythémateuses sur la face. Aujourd'hui l'éruption en apparence scarlatiniforme est cependant constituée en certains points par des taches de la largeur d'une pièce de 20 centimes sans pointillé. Elle débute par la face et occupe actuellement le tronc et l'abdomen.

24 octobre. — La température est montée à 40°5. Un peu de dyspnée sans tirage ni type inverse. L'éruption persiste avec les mêmes caractères.

Aux poumons, la base gauche sonne mal. Rien de plus à l'auscultation qu'au dernier examen; il y a même très peu de râles muqueux.

Les macules se disposent en lignes ou plaques pour former des réseaux. On distingue encore les macules individuelles, bien qu'elles soient prêtes à se fondre les unes dans les autres. A la loupe on commence à distinguer du sudamina. L'éruption

occupe actuellement le tronc en avant et en arrière et d'une façon plus discrète les membres dans toute leur étendue, sauf à la paume des mains et à la plante des pieds; le cou est peu touché, on observe quelques macules à la face. L'éruption subit des variations considérables. Ce matin l'éruption était d'un rouge intense, c'est à peine maintenant si on la reconnaît. Ces variations se sont déjà produites plusieurs fois depuis le début de l'affection, les périodes de rouge intense ne persistent que deux ou trois heures.

Le gosier est à peine rouge sans gonflement; la langue n'est pas desquamée.

A 1 heure de l'après-midi débute brusquement une crise convulsive qui dure jusqu'à 4 heures; à ce moment la mort se produit.

Les mouvements convulsifs étaient, surtout au début, de 1 à 2 heures, marqués du côté gauche, de 2 à 4 heures ils ont été surtout marqués du côté droit.

Autopsie. — *Cerveau:* Congestion marquée intense sans foyers hémorrhagiques véritables, pas d'épanchements, ni de tubercules, ni d'exsudats à la base; la coupe des hémisphères ne révèle rien de particulier.

Poumon : Congestion simple des bases de nature agonique, aucune autre lésion, aucune adénopathie trachée-bronchique tuberculeuse. Rate un peu grosse, très vascularisée. Foie congestionné. Rien à signaler dans les autres viscères.

Observation XI

Coqueluche. Toux quinteuse. Laryngospasme. Convulsions.

G. Simon, 26 jours.
Entré le 22 mai 1902.
Parents bien portants. Pas de fausse couche.
Enfants tous venus à terme, accouchements normaux.
Deux autres enfants bien portants.
L'enfant est amené parce qu'il tousse.

Fortes quintes depuis dix jours.

Il est nourri au biberon par une nourrice, au lait de vache bouilli, il n'a jamais présenté de vomissements ni de diarrhée.

C'est un bel enfant sans troubles digestifs ni éruption cutanée.

Toux coquelucheuse avec quintes et reprises. Éternuements fréquents. Expectoration de glaires.

Pas d'ulcérations du frein de la langue.

Bouffissures du visage, surtout des paupières.

Pas de dyspnée ni de température.

Quelques taches trouvées disséminées dans les poumons.

On ne sent ni le foie ni la rate.

Réflexes rotuliens normaux.

Cœur normal.

Urines non albumineuses.

Les quintes sont assez fréquentes, elles sont longues, s'accompagnent souvent de laryngospasme. Quelquefois le laryngospasme constitue à lui seul toute la crise.

29 mai. — Ce matin l'enfant a pris des convulsions en toussant, la crise a duré cinq minutes.

23 juin. — Les quintes ont diminué progressivement en nombre et en intensité.

Il n'y a rien aux poumons.

L'enfant va bien, il est allaité par une nourrice.

La température est momentanément entre 37° et 37°7 sauf le lendemain de la crise convulsive où elle atteignit 38°3.

Observation XII

Coqueluche avec signes de bronchite généralisée. — *Anatomiquement*: Adénopathie trachéo-bronchique : noyau tuberculeux dans le poumon droit.

Henri V..., 11 mois, entré le 30 juin 1906, décédé le 11 juillet 1906.

L'enfant est envoyé de l'Antiquaille sans aucun renseignement.

Il tousse assez fréquemment ; on l'a renvoyé de l'Antiquaille

parce qu'il prenait des quintes de coqueluche : depuis qu'il est dans le service, il n'a pas eu de quinte bien nette ; il fait seulement une ou deux secousses de toux expiratoires, puis immédiatement suit une petite inspiration légèrement bruyante.

Pas de diarrhée, ni de vomissements.

A l'examen, aux poumons : Râles de bronchite disséminés des deux côtés et sur toute la hauteur. Ni souffle, ni râles fins en aucun point : pas de modification de la sonorité.

Rien *au pharynx*: pas d'ulcération sublinguale.

L'abdomen est un peu gros ; le foie déborde légèrement les fausses côtes.

Il semble qu'on perçoive la rate par la palpation.

Au cœur, rien à signaler.

Pas d'adénopathie.

Asymétrie faciale assez marquée : la région temporale gauche étant plus effacée que la droite.

Pas de rachitisme.

Température : 37°2.

Urines : Pas d'albumine.

20 juin. — Depuis trois jours la température s'élève.

Rien de nouveau aux poumons.

Rien au pharynx.

Décès le 11 juillet.

Autopsie le 12 juillet.

Poumon droit: Gros ganglions trachéo-bronchiques au niveau du hile. Deux sont de la grosseur d'une noisette et commencent à se ramollir. Sur le bord postérieur du poumon, à la partie moyenne, on trouve à la coupe un noyau où le parenchyme est induré et farci de petits tubercules crus : le noyau est de la grosseur d'une noix environ. Pas de lésions dans le reste du poumon : le sommet est intact.

Poumon gauche: Pas de lésions apparentes.

Cœur : Rien d'anormal.

Foie et rein normaux. *Rate* normale.

Pas de lésions intestinales. Petits ganglions mésentériques.

Rien au cerveau. Les méninges ne sont pas malades.

Observation XIII

Coqueluche, durée deux mois. Fièvre au début.

F..., Jeanne, 17 mois, entrée le 21 octobre 1902 ; sortie le 21 janvier 1903.

Parents bien portants, pas de fausse couche.

Premier enfant : né à la clinique, à 8 heures 1/2, accouchement normal.

Nourrie au sein par sa mère le matin, à midi et le soir, et en même temps au biberon dans une crèche. Sevrée entièrement à 15 mois, première dent à 6 mois 1/2, ne marche pas.

Varicelle il y a cinq mois, diarrhée de temps à autre.

On amène l'enfant parce qu'elle tousse depuis huit jours, et vomit en toussant des glaires et du lait.

État actuel : Visage un peu bouffi, larmoiement, ulcération du frein de la langue. Rien à la gorge, ni à la bouche.

Dyspnée, pas de type inverse, pas de tirage, 60 respirations, tousse en quintes, avec reprise (quinze à seize quintes en vingt-quatre heures).

Aux poumons : Râles de bronchite très nombreux dans toute l'étendue des poumons, mais surtout aux deux bases en arrière.

Rien au cœur.

L'enfant boit bien, mais vomit quelquefois en toussant.

Selles non liquides, mais avec grumeaux. On sent le bord inférieur du foie et la queue de la rate. Ventre un peu gros.

Nouures aux poignets et aux malléoles. Légère incurvation des tibias, pas de chapelet costal.

Fontanelle antérieure : Elle admet encore la pulpe de deux doigts, et bat rythmiquement à la respiration.

Dentition : Quatre incisives supérieures, deux prémolaires qui commencent à percer.

Deux incisives inférieures, médianes et deux prémolaires qui percent.

Réflexe rotulien normal ; pas de Babinski, pas de trépidation, plantaire.

Urines : Léger disque d'albumine.

25 octobre : La coqueluche est toujours très intense, quinze quintes environ par jour.

Température oscille autour de 38°5.

On trouve dans la poitrine des râles muqueux fins, même après les quintes de toux. L'enfant est un peu oppressée.

Bains à 30°.

21 janvier 1903. — Les quintes de coqueluche se mêlent à de la toux ordinaire. Elles se font de plus en plus rares.

Pas de laryngospasme, pas de convulsions.

L'enfant sort guérie.

Observation XIV

Coqueluche. Ictère passager.

D..., Violette, 16 mois, entrée le 26 décembre 1900, sortie le 28 février 1901.

L'enfant était en dépôt à l'Antiquaille.

On nous l'amène parce qu'elle tousse beaucoup depuis quinze jours.

L'enfant a bonne apparence : elle pèse 7,900 gr., est bien constituée. La fontanelle antérieure est encore ouverte. Elle s'alimente bien, n'a présenté ni vomissements, ni diarrhée.

Elle tousse beaucoup. A peu près toutes les demi-heures elle prend des quintes de toux, qui ne présentent pas de type bien caractéristique : plusieurs expirations quinteuses sans reprise bruyante, sans asphyxie.

La face est un peu bouffie, assez colorée, sans cyanose. Un peu d'écoulement par le nez, surtout au moment des quintes, qui se terminent par un écoulement nasal abondant.

Nombre moyen des quintes : douze à quatorze en vingt-quatre heures.

Un peu de dyspnée : quarante-deux respirations par minute. La respiration affecte le type inverse, est un peu poussée.

Au poumon : Quelques sibilances de bronchite.

Cœur : Pouls à 136, régulier.

Rien au foie ni à la rate.

Abdomen normal.

Pas d'épistaxis, pas d'hémorragie.

Pas d'ulcération du frein de la langue.

Température : 37°2 le matin.

— 37°6 le soir.

Urines : Albumine.

27 décembre. — Renseignements donnés par la mère :

Deux enfants, pas de fausse couche. Accouchement normal à terme.

Nourrie au sein pendant 7 mois, puis au biberon (lait de vache stérilisé). A 8 mois, nourriture variée.

Bronchite il y a 2 mois.

La toux est nettement coqueluchoïde : treize à quatorze quintes en vingt-quatre heures.

Température : petites oscillations autour de 38°. Râles sonores, disséminés.

Traitement : carbonate de créosote, 0,50; inhalations de quinoléine.

12 janvier. — Mêmes signes aux poumons.

Quintes moins longues.

On note une coloration jaune, subictérique de la peau.

Le foie est gros, dépasse les fausses côtes de deux travers de doigt.

On ne sent pas la rate.

14 janvier. — Lavement froid. Badigeonnage au salicylate d'amyle.

21 janvier. — La jaunisse a diminué beaucoup depuis hier. Le foie déborde toujours de trois travers de doigt, n'est pas douloureux.

28 février. — L'enfant va bien, n'a plus de quintes. Quelques ronchus aux poumons.

Elle est pâle.

Quelques papules à l'abdomen.

Observation XV

Premier séjour. — Coqueluche.

Deuxième séjour. — Bronchite généralisée à l'entrée. Dans le service, éruption rubéoliforme ayant duré trois jours. Reprise de la coqueluche, souffle et râles fins à droite.

C..., Henri, 14 mois, entré le 20 février 1906, sorti le 13 avril, entré une seconde fois le 19 avril 1906, sorti le 1er octobre 1906.

Père atteint de sciatique depuis un an.

La mère va bien. Cinq enfants dont deux sont morts, le premier de bronchite aiguë à 6 semaines, le second à 2 mois, de maladie inconnue.

L'enfant tousse depuis un mois ; depuis quinze jours, les quintes sont coqueluchoïdes, avec vomissements. Rien dans les antécédents.

Examen : Pas de dyspnée, pas de cyanose.

Quintes typiques de coqueluche, avec reprises (douze à quatorze quintes en vingt-quatre heures).

Dans *les deux poumons*, râles ronflants, sibilants et muqueux nombreux. Les râles muqueux prédominent à la base gauche. Pas de souffle, pas de matité.

Cœur : Régulier, 120.

Selles normales. Vomissements pendant la quinte.

Foie, rate, système nerveux : Rien.

Téguments : Au niveau du sillon nasogénien droit, on trouve un élément arrondi de la valeur d'une pièce de cinquante centimes environ, à fond rouge, ulcéré, légèrement suintant. Pas de croûtes impétigineuses. L'élément est superficiel, les bords sont aplatis.

Au niveau du poignet droit, à la région antéro-externe, autre élément présentant les mêmes caractères.

Urines : Pas d'albumine.

Température : 37°5.

8 avril 1906. — L'enfant part en bon état. Quintes légères.

Deuxième séjour : *20 avril.* — Depuis le 15 avril, toux quinteuse et oppression.

Enfant pâle, bouffi, dyspnéique. Léger tirage sus sternal.

Aux poumons : Dans toute l'étendue, gros ronchus. Quelques sibilances. Pas de râles fins. Pas de souffle.

Cœur régulier.

Appareil digestif : Amygdales un peu grosses.

Foie, rate, système nerveux : Rien.

Urines : Pas d'albumine.

Température : 38°5.

23 avril. — Ce matin, éruption généralisée, principalement localisée au tronc ; à ce niveau, larges macules.

Sur la racine des bras et des jambes, petites macules ressemblant aux macules rubéoliques. Pas de conjonctivite. Pas de coryza.

28 avril. — L'éruption est très intense ; petites macules rouges rubéoliques. Pas de conjonctivite. Léger coryza.

La température est montée à 40°.

8 mai. — L'éruption n'a duré que trois jours. La température, d'abord redescendue à la normale, est remontée et oscille autour de 38°.

L'enfant est oppressé. On trouve un foyer de râles fins dans les trois quarts inférieurs à droite. Léger souffle à ce niveau.

1er octobre. — On emmène l'enfant.

Observation XVI

Coqueluche. Broncho-pneumonie à poussées successives.

R..., Joséphine, 20 mois, entrée le 14 septembre 1901, sortie le 8 janvier 1902.

Père et mère vivants et bien portants. Pas de fausse couche.

Nourrie au sein jusqu'à 6 mois, puis au lait de vache coupé.

Pas de convulsions. Rougeole à 6 mois. L'enfant boit beaucoup de vin.

Depuis quinze jours, toux quinteuse, surtout la nuit, avec rejet de glaires, cyanose de la face et prolapsus du rectum.

Diarrhée abondante, liquide.

Actuellement, facies bouffi, yeux injectés.

Lésions rachitiques du thorax et des membres.

Depuis son entrée, sept quintes avec reprise ; douze à dix-huit par vingt-quatre heures.

Aux poumons, gros ronchus disséminés. Pas de râles fins.

Au cœur, rien.

Diarrhée légère, trois selles noires, non liquides.

Vomissements après les quintes de toux.

Température : 36°6.

Urines : Pas d'albumine.

11 octobre 1901. — Température à 39°.

Dyspnée légère. Rien à l'auscultation, mais matité à la base gauche.

12 octobre. — Râles sonores disséminés. Quelques râles fins très fluides à la base gauche.

60 respirations à la minute, pas de tirage.

25 octobre. — La température oscille autour de 39°. Le poids de l'enfant a diminué progressivement depuis le 11 octobre.

Les quintes ont à peu près disparu, l'enfant tousse toujours, sans oppression ni tirage. Apparence calme.

A l'auscultation, râles sonores généralisés. A la base droite, gros foyers soufflants avec râles fins.

31 octobre. — La malade a eu une poussée à 40° le 28, puis une défervescence de deux jours, suivie d'une nouvelle poussée à 39°6 le 30.

Respiration calme. Visage bouffi. Le foyer soufflant de la base droite s'est agrandi et occupe la moitié de la hauteur. Foyer soufflant à la base gauche.

Type inverse de la respiration.

15 novembre. — Les deux foyers diminuent.

18 novembre. — Le foyer droit disparaît. Il y a toujours un peu de souffle à gauche.

Râles muqueux aux deux bases. La toux diminue. Température normale. État général assez bon.

Un peu de tirage. Pas de jeu des ailes du nez. Pas de cyanose.

27 novembre. — Rien à droite. Il reste un foyer soufflant à la base gauche et un petit souffle au sommet.

Respiration à 60, sans type inverse. Pas de tirage.

L'enfant maigrit et mange peu. Elle a encore des quintes assez nombreuses, sans reprises.

5 janvier 1902. — Depuis un mois, l'enfant n'a pas eu de nouveau foyer de broncho-pneumonie. La toux a diminué. L'état général s'est amélioré.

Aujourdhui, la respiration est normale dans l'étendue des deux poumons. L'enfant a bon appétit et prend du poids.

Observation XVII

Coqueluche. Varicelle. Broncho-pneumonie probable (opposition à l'autopsie).

D..., Jules, 2 mois 1/2, entré le 11 décembre 1905, sorti le 16 janvier 1906. Entré pour la seconde fois le 29 janvier 1906, décédé le 19 mars 1906.

Père bien portant.

Mère très anémique, mariée à 25 ans. Son premier enfant a actuellement la coqueluche; il est âgé de 4 ans. Pas de fausse couche.

Le deuxième enfant est le petit malade. Né à terme. Grossesse normale.

Nourri au sein pendant cinq semaines, puis au lait de vache bouilli, coupé d'eau.

Toux banale le 28 novembre. Le 5 décembre apparaissent des quintes typiques de coqueluche.

Actuellement, dix quintes par jour, avec cyanose intense, sans reprises certaines.

Examen : Bon état général.

Poumons : Râles ronflants et sibilants disséminés dans les deux poumons. Pas de râles fins, pas de souffles.

Cœur : Régulier, rapide : 140.

Appareil digestif : pas de vomissements pendant les quintes. Une selle un peu diarrhéique.

Foie, rate, système nerveux : rien.

Urines : Pas d'albumine.

Température : 37°4.

20 décembre 1905. — Rien aux poumons.

Dix quintes par jour et huit quintes par nuit.

5 janvier 1906. — Éruption de varicelle : éléments nombreux et vésiculeux au niveau des fesses.

16 janvier. — La mère emmène l'enfant en signant une décharge.

30 janvier. — Sa mère le ramène parce qu'il crie la nuit et maigrit.

Deuxième séjour. — L'enfant est pâle, chétif. Les téguments sont lâches, ridés.

Poumons, cœur, appareil digestif : Rien.

Ventre volumineux : pas d'ascite. Quelques ganglions aux plis inguinaux.

Urine : Pas d'albumine.

Température : 36°5, 37.

19 mars 1906. — Depuis son entrée, l'enfant a maigri, pâli, s'est cachectisé.

Il est mort aujourd'hui sans signes nouveaux.

Opposition à l'autopsie.

Observation XVIII

C..., Joseph, 1 an. 25 juillet 1905.

Coqueluche à quintes normales. Vomissements après les quintes. Température : 39°8.

Oppression légère.

Rien de particulier aux viscères.

Pas d'ulcération du frein; l'enfant a ses deux incisives inférieures. L'enfant n'est observé que trois jours.

Observation XIX

J. B..., 18 mois, 7 avril 1903.

Coqueluche typique avec quintes nombreuses, quinze à vingt par vingt-quatre heures, à peu près également réparties; moins cependant fréquentes le jour.

Ulcération du frein de la langue. Rien aux viscères.

Une crise convulsive pendant une quinte durant 10 minutes.

Le malade contracte la rougeole dans le service.

Signes pulmonaires après l'éruption rubéolique.

Obscurité, matité à la base gauche.

L'enfant n'est pas observé jusqu'à sa guérison; il est emmené par les parents.

Observation XX

B. L..., 1 an 1/2. Entré le 29 juillet 1903.

Commence à tousser les derniers jours de juin. Toux par quintes le 6 juillet. Apparition des vomissements le 21 juillet.

Rien de spécial à signaler aux organes. Quintes typiques, douze à dix-huit.

Le malade n'est observé que pendant onze jours.

Observation XXI

C..., Louise, 1 an. 29 juin 1900. Enfant bien constituée.

Coqueluche installée sans attirer l'attention des parents.

Quintes typiques, plus fréquentes la nuit, six à huit par vingt-quatre heures, durant de 30 à 40 secondes.

Pas de cyanose, pas de convulsions, pas d'ulcération du frein de la langue.

Rien à signaler aux viscères. Conjonctivite légère.

L'enfant n'est observée que dix jours; elle est emmenée par ses parents avant la fin de la maladie.

Observation XXII

B.-V. M..., 1 an 1/2. Entré le 18 août 1905.

Antécédents héréditaires bons.

Rougeole à 10 mois. Marche à 1 an.

Coqueluche depuis un mois et demi environ; actuellement, sept à neuf quintes par jour, de 1 ou 2 secondes ; plus nombreuses le jour. Les quintes sont suivies de vomissements fréquents.

Ulcération du frein de la langue. Etat général grave, facies pâle, bouffi. Diarrhée abondante, quatre à six selles par jour.

Aux poumons, râles sibilants disséminés.

17 septembre. — Enfant ne présente plus de quintes; il quitte le service, sans qu'on ait observé rien de spécial.

Observation XXIII

L..., J.-J., 3 mois 1/2, entre le 5 mars 1903.

Bonne hérédité. — Rachitisme.

Rien de spécial aux viscères.

Râles sonores dans les deux poumons.

Toux coqueluchoïde typique avec quintes. Les quintes sont en nombre moyen de six à dix par vingt-quatre heures, un peu plus fréquentes le jour. Deux à trois de plus que la nuit.

Dans les premiers quinze jours, vomissements une à deux fois par vingt-quatre heures après les quintes.

Rien de particulier à noter. Réflexes un peu exagérés. Pas d'albumine ; pas de fièvre.

L'enfant quitte le service toussant toujours.

Observation XXIV

P..., Mélanie, 11 mois, entrée le 25 février 1895.

Nourrie au sein. Bonne santé habituelle.

Tousse par quintes depuis un mois et vomit après les quintes.

Quintes très nettes avec reprises.

Bouffissure de la face pendant les quintes.

Bouffissure persistant après les quintes.

Ulcération du frein de la langue.

Vomissements fréquents après les quintes.

Sept à huit quintes par vingt-quatre heures.

Rien de particulier à signaler aux viscères.

Le 16 mars, le nombre des quintes a diminué, il n'est plus que de trois à quatre par vingt-quatre heures.

Quelques râles en avant du poumon.

24 mars. — L'enfant, guéri, sort du service.

Observation XXV

P..., Marie, 1 an 1/2, entrée le 4 novembre 1897.

Rougeole l'an passé; nourrie au sein.

N'a jamais eu de troubles digestifs.

Depuis un mois, apparition de quintes coqueluchoïdes qui, au dire de la mère, sont très fréquentes: toutes les demi-heures le jour, tous les quarts-d'heure la nuit.

Pendant les quinze premiers jours, l'enfant vomissait après les quintes, depuis huit jours, les vomissements ont cessé.

Actuellement, le nombre de quintes a diminué : dix à douze par vingt-quatre heures, d'une fréquence égale en moyenne le jour et la nuit.

Quintes typiques à reprise nette; pendant la quinte, cyanose légère du visage.

Pas d'ulcération sublinguale, pas de troubles nerveux, pas de convulsions.

Expectoration très grasse après les quintes.

Rien à l'auscultation du poumon, pas de dyspnée.

Il existe sur l'abdomen une petite hernie ombilicale dont la marche a coïncidé avec le début des quintes.

Au bout d'un mois, les quintes persistant, l'enfant quitte le service sans qu'on ait observé autre chose.

Observation XXVI

L..., Marguerite, 22 mois, entrée 20 juin 1900.

Bonne santé antérieure. Tousse depuis cinq jours. Râles de bronchite diffuse dans toute la hauteur des deux poumons.

Rien à signaler aux autres viscères.

Le 25 juin apparaissent les quintes typiques de coqueluche. Leur nombre moyen est de seize à dix-huit par vingt-quatre heures, un peu plus fréquentes le jour. Les vomissements se produisent en moyenne quatre à six fois par vingt-quatre heures, suivant les quintes.

Rien de particulier à signaler dans l'état de l'enfant pendant l'évolution de l'affection. Pas de phénomènes nerveux. Pas d'albumine. Il quitte le service non complètement rétabli, et toussant encore par quintes.

Observation XXVII

L..., D., 1 an 1/2, entré le 22 février 1907.

Antécédents héréditaires bons.

Antécédents personnels : né à terme. Grossesse et accouchement normaux.

Nourri au sein et au biberon, par la mère, pendant quatorze mois. Potage à 8 mois, première dent à 5 mois, a marché à 10 mois.

Bonne santé habituelle. Les premiers jours de février, fièvre, vomissements, diarrhée, selles jaunes (quatre à cinq fois par

jour.) A commencé à tousser le 10, prend des quintes depuis le 19 (douze en vingt-quatre heures.)

Actuellement, tousse par quintes de coqueluche nettes, avec reprises, vomissements.

Pas d'ulcération du frein de la langue, rien à l'auscultation.

Ventre un peu gros, rate perçue au palper. Le foie dépasse d'un travers de doigt les fausses côtes.

Rien au cœur.

Pas de température.

10 mars. — Quintes de coqueluche très fortes, suivies de vomissements chaque fois, lésion interne, épistaxis trois fois répétés hier.

Huit quintes de jour, six de nuit.

Observation XXVIII

M..., J., 1 an 1/2, entré le 18 février 1907.

Antécédents héréditaires : Père alcoolique, en bonne santé. Mère a eu deux fausses couches. Un enfant mort à 23 mois, de convulsions. Un autre rachitique et arriéré (7 ans). Un de 3 ans, bien portant. Le quatrième est le malade.

Antécédents personnels : Né à terme ; accouchement normal. Nourri au sein jusqu'à 18 mois. Mange des potages depuis un an. Première dent à 6 mois. A marché à 17 mois. Broncho-pneumonie à 14 mois.

L'enfant a fait un premier séjour, du 25 novembre au 5 décembre, pour de la diarrhée.

Il revient dans le service le 18 février.

Depuis le 14, il a des quintes de toux sans reprises.

Actuellement, coryza, catarrhe oculaire, quintes fréquentes, une dizaine en vingt-quatre heures.

Sans vomissements, ces quintes ressemblent beaucoup à celles de la coqueluche, mais ne sont pas suivies de reprises.

Pas de dyspnée.

Rien au cœur.

Température : 37°8.

Traces d'éruption impétigineuse sur les fesses.

Le matin, type inverse assez marqué.

Respiration à 32.

Au poumon, sonorité légèrement diminuée à la partie moyenne, en arrière et à droite, sur toute la hauteur, bouffées de râles sous-crépitants fins, sans souffle.

A gauche, quelques râles fins, disséminés.

Les quintes ne s'accompagnent pas de reprises, mais, à part cela, ont un type assez net de coqueluche. Pas de vomissements.

Il n'y a ni ulcération du frein de la langue, ni œdème de la face.

Les conjonctives palpébrales sont injectées comme dans la rougeole à son début.

Ventre ballonné, très grosse rate.

2 février 1907. — L'enfant a eu quatre à cinq quintes le jour, six à dix la nuit.

Quintes courtes, pas de reprises.

Éternuements fréquents.

Pas de vomissements.

12 mars. — L'enfant est dans le même état par rapport aux quintes.

Apparition de la rougeole confirmée.

CONCLUSIONS

I. La coqueluche chez le nourrisson présente quelques particularités cliniques, à savoir :

Période de début généralement plus courte que chez les enfants plus âgés.

D'autre part, les quintes, souvent, à l'encontre de ce qui se passe chez ces derniers, s'accompagnent d'accidents nerveux ; à signaler : les convulsions survenant le plus souvent au milieu de la quinte ainsi que le laryngospasme.

II. Les vomissements, facteurs de dénutrition rapide, sont plus fréquents chez les nourrissons.

III. La complication de beaucoup la plus fréquente est la broncho-pneumonie, qui, à cet âge, présente généralement un caractère de gravité important, dans la coqueluche des nourrissons, dans le milieu hospitalier tout au moins, et dont l'évolution est généralement rapide.

Vu :
Le Président de la Thèse,
WEILL.

Vu :
Le Doyen,
L. HUGOUNENQ.

Permis d'imprimer :
Lyon, le 20 mars 1907.
Le Recteur de l'Académie,
Président du Conseil de l'Université,
JOUBIN.

BIBLIOGRAPHIE

Bouchest. — Traité pratique des maladies des nouveau-nés.

Cadet de Gassicourt. — Maladies de l'enfance. Traité clinique.

Barrier. — Traité pratique des maladies de l'enfance.

Barthez et Sané. — Maladies des enfants, t. III.

Comby. — Traité des maladies de l'enfance.

Trousseau. — Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu.

Berton. — Traité des maladies de l'enfance.

Michel. — Des complications de la coqueluche. (Thèse de Paris, 1897.)

D'Espine et Picot. — Traité des maladies de l'enfance.

Variot. — Traité des maladies de l'enfance.

Weill. — Maladies de l'enfance.

Cuiot. — Des complications nerveuses de la coqueluche. (Thèse de Paris, 1902.)

Poppi. — La coqueluche chez l'enfant pendant les premiers mois de la vie. Bollettino delle sc. mediche. Mai 1904.

3075. Lyon, Imp. Réunies (Delaroche et Schneider).